



DOSSIER TRAVAILLEURS NON SALARIES

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Garanties recherchées

Prévoyance (garanties en cas de décès et d'arrêt de travail) :

Complémentaire Santé (mutuelle) :

Complément de retraite par capitalisation :

Situation familiale

Date de naissance :

Célibataire Marié Veuf Divorcé Pacsé

Nombre d'enfants à charge :

Situation professionnelle

Profession :

Statut :

Régime obligatoire :

Nombre de salariés :

Revenu professionnel annuel déclaré l'année dernière :

Le soussigné déclare que les éléments ci-dessus sont sincères et conformes à la réalité.

Date :

Nom et qualité du signataire :

Signature :